UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910 N° 42

DU TRAITEMENT DE l'Ectopie Testiculaire Inguinale PAR L'ORCHIDOPEXIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 AVRIL 1910

PAR

Eugène-Pierre VIELLE

Né à Pey (Landes), le 30 Décembre 1885

Examinateurs de la Thèse

MM. DENUCÉ, professeur..... *Président*
VILLAR, professeur..... *Juges*
PRINCETEAU, agrégé..... *Juges*
CABANNES, agrégé..... *Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE
56 — rue du Hautoir — 56

1910

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910 N° 12

DU TRAITEMENT

DE

l'Ectopie Testiculaire Inguinale

PAR

L'ORCHIDOPEXIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 AVRIL 1910

PAR

Eugène-Pierre VIELLE

Né à Pey (Landes), le 30 Décembre 1885

ACAD. BIBLIOTH. MED.

Examinateurs de la Thèse

MM. DENUCÉ, professeur..... *Président*

VILLAR, professeur.....

PRINCETEAU, agrégé..... *Juges*

CABANNES, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 — rue du Hautoir — 56

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... / MASSE..... / PICOT..... / LANELONGUE..... / VERGELY..... } Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN. / PITRES	Pharmacie.....	DUPOUY.
	DEMONS.	Matière médicale.....	BEILLE.
Clinique externe.....	VILLAR.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CASSAËT.	Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.	DENUCÉ
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique gynecologique.	CHAVANNAZ.
Anatomie.....	GENTES.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Chimie biologique.....	DENIGÈS.
Physiologie.....	JOLYET.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	LAYET.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Médecine légale.....	LANDE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DUBREUILH.
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires....	POUSSON.
Chimie.....	BLAREZ.		
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales..... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR. / CABANNES. | MM. VERGER. / ABADIE. / CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... MM. BEGOUIN. / VENOT. / GUYOT. | Accouchements..... MM. ANDÉRODIAS. / PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... MM. PRINCETEAU / CAVALIE. | Physiologie..... MM. GAUTRELET. / Histoire naturelle... MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... MM. BARTHE. / LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie	MM. MONGOUR.
Médecine opératoire.....	BEGOUIN.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Etudiants en Chirurgie dentaire et élèves sages-femmes).....	SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

À MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon infinie reconnaissance.

À MES FRÈRES

À MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523714_0057

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail, qui doit marquer la fin de nos études médicales, nous sommes heureux d'obéir à une tradition respectée en adressant à nos Maîtres, l'hommage de notre reconnaissance.

Nous avons fait nos premières années d'études chez MM. les Professeurs Cassaët et Bégouin. Leur diagnostic sûr, leur enseignement si précis nous ont toujours frappé et resteront gravés dans notre mémoire.

Notre troisième année s'est très heureusement accomplie chez MM. Picot, professeur de clinique médicale et Lanelongue, professeur de clinique chirurgicale. Nous avons ainsi pu apprécier le grand sens clinique de ces maîtres et la façon intelligente de mettre leur enseignement à la portée des élèves, la clarté de leurs vues qu'ils savaient si bien inculquer à ceux qui les écoutaient.

Notre quatrième année a été partagée entre les services de M. le Professeur Lefour qui nous a enseigné l'art des accouchements, de M. le Professeur Badal, chez qui nous avons pu apprendre les notions d'ophtalmologie que nous possédons, et de MM. les Professeurs Moussous et Denucé qui nous ont initié à la délicate pratique de la médecine et de la chirurgie des enfants.

Nous ne saurions trop remercier tous ces maîtres des ser-

vices qu'ils nous ont rendus et de l'excellent enseignement qu'ils nous ont donné.

Nos plus vifs remerciements vont à M. le Professeur Denucé qui, après nous avoir permis de suivre son intéressant service de chirurgie infantile et d'orthopédie, a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse inaugurale et nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence. Qu'il croie à toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Princeteau a eu la grande amabilité de nous communiquer pour notre thèse onze observations provenant de son ancien service de l'hôpital des Enfants. Nous l'en remercions bien vivement.

Remercions aussi en terminant tous ceux de nos camarades qui nous ont porté quelque intérêt ou rendu quelques services au cours de nos études et en particulier MM. les docteurs Lavielle, Froustey, Mary et Gentilhe nos compatriotes et amis dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

INTRODUCTION

Dans le présent travail, nous avons voulu profiter d'un certain nombre d'observations que nous ont communiquées M. le Professeur Denucé et M. le Docteur Princeteau. Toutes ces observations ont trait à des ectopies inguinales qui, toutes, ont été traitées par l'orchidopexie. Dans tous ces cas, au nombre de 22, il a été facile au chirurgien de libérer le testicule et il a été possible, sans trop de difficultés, de l'abaisser suffisamment et de le maintenir abaissé. Il n'a été dans aucun cas utile de recourir soit à la castration, soit à d'autres méthodes palliatives telles que la réduction du testicule dans l'abdomen comme le conseillent certains auteurs modernes.

Telles sont les raisons qui nous ont conduit à limiter notre sujet à un point précis du traitement de l'ectopie, à l'orchidopexie.

Nous laisserons donc de côté tout ce qui a trait à l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie de l'affection, en retenant de ces connaissances que ce qui pourrait être utile en vue d'une application opératoire.

Le traitement de l'ectopie testiculaire a subi à la fin du siècle dernier des modifications assez importantes. Après une première période pendant laquelle on se contentait soit de ne rien faire, soit de faire la castration, vient la période opé-

ratoire qui s'étend surtout aux trente dernières années. Pendant cette période on opère presque tous les testicules ectopiques; on s'attaque même aux ectopies abdominales et il est peu de chirurgiens qui s'élèvent contre ces pratiques.

Peut-être avait-on été un peu loin, car, dans ces dernières années, à l'étranger surtout, on paraît devenir moins interventionniste. La connaissance plus exacte des complications qui fréquemment atteignent le testicule ectopique et en particulier la possibilité de la dégénérescence maligne, le peu de valeur fonctionnelle de ce testicule ont fait reculer pas mal de chirurgiens devant des interventions n'ayant pas toujours un but précis. Peut-être y a-t-il actuellement un retour à des méthodes plus réservées, l'abstention dans quelques cas, la castration dans d'autres, l'orchidopexie surtout par des procédés simples, dans pas mal de cas.

Déjà depuis plusieurs années, les chirurgiens sont d'accord pour ne pas opérer certains malades. C'est ainsi que Villard, de Lyon, dans son rapport au XIXe Congrès Français de Chirurgie, en 1906, admettait qu'on ne devait pas opérer:

1° Les retards de migration, c'est-à-dire les testicules qui peuvent descendre par évolution spontanée dans les bourses. Il est vrai que cette durée d'attente pourrait être longue, et qu'il faut peut-être admettre que des testicules paraissant être nettement ectopiques (c'est-à-dire qui ne peuvent être ramenés dans la bourse correspondante) peuvent descendre à un âge avancé (à 35 ans, et même à 58 ans, dans un cas de Sébileau). Il nous paraît donc peut-être prudent de se ranger à l'opinion de Villard : jusqu'à 4 ans, ne rien faire de chirurgical; de 4 à 10 ans n'intervenir que s'il y a des complications, et il y en a une qui est fréquente à partir de cet âge, c'est la hernie; à partir de 10 ans, il faut opérer pour donner au testicule plus de chances de se développer, lui permettant de profiter des transformations qu'il va subir au moment de la puberté;

2° Les testicules en ectopie abdominale. En effet, dans la grosse majorité des cas, la recherche du testicule ainsi situé est difficile, sa libération insuffisante, son abaissement in-

complet; le testicule est rudimentaire, l'opération est grave, le résultat très incertain, il vaut mieux laisser ce testicule dans l'abdomen. A côté de ces deux catégories admises par Villard, on pourrait peut-être en faire une troisième comprenant les malades déjà âgés pour lesquels l'opération devient une opération de complaisance; ces malades ont un testicule atrophié et ils voudraient demander à l'orchidopexie un testicule bien situé et apte à se développer normalement. Souligoux classe une partie de ces cas dans ceux qu'il faut castrer, mais, à moins de conditions particulières, ou de complications, peut-être est-il prudent de s'abstenir de toute intervention.

En somme, l'orchidopexie sera la méthode de choix à appliquer aux ectopies ne relevant pas d'une des classes précédentes; elle est l'opération par excellence des ectopies inguinales, elle a surtout ses indications chez les enfants et les adolescents.

On peut donc dire que de l'avis de presque tous les chirurgiens, traiter une ectopie inguinale, c'est lui appliquer l'orchidopexie. Ils doivent être en effet bien rares, les cas où l'on est obligé de réduire le testicule dans l'abdomen; d'autre part, l'ectopie inguinale, étant la variété de beaucoup la plus fréquente, elle devient par cela même la variété la plus intéressante à connaître. Dans les 22 cas que nous rapportons à la fin de ce travail, nous n'avons aucun cas d'ectopie irrégulière et c'est pour cela qu'après avoir limité ce travail à l'orchidopexie, nous le limitons encore à cette opération applicable à la cure de l'ectopie inguinale seule. Nous allons donc, dans les pages qui vont suivre, passer en revue les différents temps de l'intervention, les procédés nombreux qui ont été imaginés pour fixer le testicule une fois abaissé et dire quelques mots de l'appréciation de ces divers procédés.

DE L'ORCHIDOPEXIE

Par le mot d'orchidopexie on désigne le maintien du testicule dans la bourse correspondante, après son abaissement.

Cette définition contient donc les deux actes essentiels de l'intervention, c'est-à-dire l'abaissement du testicule et le maintien de cet abaissement.

Voyons d'abord la première condition: l'abaissement du testicule.

I

Libération du testicule. — Son abaissement

Cet abaissement n'est pas toujours facilement réalisable. Cette difficulté tient:

1° A la constitution anormale du cordon;

2° A la constitution anormale des parties molles qui ferment le trajet suivi par un testicule normal.

En effet, du côté du cordon, il y a tout d'abord à vaincre sa brièveté, qui existe, plus ou moins accusée il est vrai, dans presque tous les cas d'ectopie, qu'elle soit primitive ou secondaire, à la malformation.

Il y a également à vaincre la résistance des brides crémastériennes ou du trousseau fibreux décrit par Lucas-Championnière, dans l'intérieur du cordon. On sait que dans la

plupart des cas, ces formations fibreuses sont extrêmement résistantes, prenant parfois la consistance de véritables languettes aponévrotiques.

Du côté des parties avoisinantes, il n'est pas rare de trouver à l'intervention une sorte de surtout aponévrotique, coiffant l'orifice externe du canal inguinal, et semblant refoulé par le testicule qui paraît à son tour en être coiffé.

Il est de règle également de trouver un scrotum non développé, ayant ses téguments collés contre les branches pubiennes et offrant de la résistance au doigt qui veut les séparer. Dans d'autres cas, a-t-on pu même trouver une membrane fibreuse fermant l'entrée des bourses comme l'a décrite Jalaguier.

Par conséquent, la mise en place du testicule exigera:

a) La libération du testicule des parties avoisinantes;

b) Un cordon assez long pour être abaissé;

c) La création d'une loge dans la moitié scrotale correspondante.

La première condition est facile à réaliser; elle consiste à libérer les parties aponévrotiques ou simplement fibreuses qui peuvent se trouver au niveau de l'orifice externe.

La troisième est aussi facilement réalisable. Il est généralement aisé soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse de créer dans le scrotum une loge qui n'existe pas.

Quant à la seconde, comme l'a décrit Sébileau, elle exige:

a) La mise à nu du testicule;

b) L'ouverture de la vaginale et du conduit vagino-péritonéal;

c) La dissection et l'isolement de ce canal;

d) La fermeture de ce canal du côté de l'abdomen.

Nous n'insisterons pas sur les détails de ces différents temps, pour l'exécution desquels tout le monde est d'accord;

e) Vient ensuite la libération des éléments du cordon.

DISSOCIATION DES ÉLÉMENTS DU CORDON

Elle exige généralement (excepté si l'on a affaire, ce qui est rare, à un cordon long) la dissociation de tous ses éléments. Ici, deux cas se présentent en pratique: ou tous les éléments sont courts, c'est-à-dire canal déférent et vaisseaux, ou seuls les vaisseaux excepté l'artère déférentielle sont courts.

Dans le premier cas, la dissection minutieuse de chaque élément, dissection haute, poussée jusqu'au niveau de l'orifice interne, permet dans la grande majorité des cas d'amener le testicule au-dessous du pubis. Dans le cas où le canal déférent est court, cas rare de l'avis des auteurs, il faut quelquefois se contenter de fixer le testicule en position haute. Cependant, si cette brièveté du canal déférent était la cause du non-abaissement, on pourrait comme Bidwel renverser le testicule en avant pour le fixer, la tête en bas, au fond du scrotum, et gagner ainsi une certaine étendue par ce déroulement de la queue de l'épididyme. C'est encore ce procédé de déroulement de la queue de l'épididyme ou de tout l'épididyme lui-même, qui ne restera plus fixé que par son extrémité initiale au testicule, que Wood a réalisé l'abaissement.

Dans le cas ordinaire, le canal déférent est long et plus long que les vaisseaux, et ici, on a proposé de couper tous les vaisseaux qui paraissent s'opposer à la descente. Mignon, en 1902, préconisa cette section complète de tous les éléments du cordon et même de l'artère déférentielle, sauf cependant le canal déférent. Mais la majorité des auteurs croit qu'il est prudent de garder au moins avec le canal déférent l'artère déférentielle quoique le testicule puisse vivre généralement sans elle. C'est cette opinion qui semble avoir prévalu dans une récente discussion qui eût lieu en 1909 au Congrès de la Société Allemande de Chirurgie.

Certains, tels que Lameris et Exalto d'Utrecht, prétendent même qu'on ne doit jamais disséquer le cordon sur une grande étendue et qu'il ne faut abaisser que les testicules

facilement abaissables sans violence. Peut-être y a-t-il une grande part de vérité dans leurs prétentions, car, si on tient compte de ces faits admis par beaucoup, que le testicule ectopique est déjà prédisposé par lui-même à faire de la sclérose quand il est normalement nourri, il ne doit pas l'être moins quand il a perdu ses vaisseaux.

Nous pouvons dire que dans toutes les observations que nous rapportons à la fin de ce travail, il a toujours été possible d'abaisser le testicule après libération et dissection des éléments du cordon. Jamais, même, dans les observations recueillies dans le service de M. le Professeur Denucé, le canal déférent n'a jamais paru gêner en quoi que ce soit l'abaissement, étant toujours beaucoup plus long que les vaisseaux.

Aussi est-il peut-être sage de se ranger à l'avis de MM. Sébileau, Lucas-Championnière, Broca. Il vaut mieux se passer de la section des vaisseaux, même en admettant qu'elle ne soit pas dangereuse. Et comme le fait remarquer Villard, si on tient compte du fait que presque toujours, dans l'ectopie, la partie initiale du canal déférent est déroulée, on pourra se passer de l'allongement artificiel du canal déférent que donneraient les procédés de Bidwel ou de Wood.

En somme, il faut faire le moins de violences possibles. Conserver le maximum d'éléments nourris de la meilleure façon, car, peut-être, vaut-il mieux enlever un testicule que de laisser un organe atrophié et destiné à s'atrophier encore ou à amener d'autres complications auxquelles ne serait peut-être pas étrangère l'intervention.

S'il est nécessaire de bien libérer le testicule et ses éléments, une fois l'abaissement obtenu, il est encore plus nécessaire d'empêcher la réascension de l'organe placé dans sa nouvelle loge.

II

Des diverses manières d'empêcher la réascension du testicule

A en juger par le nombre des procédés qui ont été proposés pour remplir ce but, on peut en déduire ce que l'expérience a du reste montré: que le testicule descendu artificiellement et abandonné purement et simplement dans la bourse, remonte presque fatalement et cela presque toujours au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Il est donc nécessaire de procéder à une fixation efficace du testicule.

FIXATION DU TESTICULE AU SCROTUM

Cette fixation a été faite d'un très grand nombre de façons. D'abord, les premiers opérateurs fixèrent le testicule au fond du scrotum. C'est ainsi que Wood, Horsley, Nicoladoni, Max Schüller, après avoir créé la loge scrotale, et placé le testicule à son intérieur, réunissaient par deux points de suture, l'albuginée testiculaire à la paroi du scrotum. Cette technique a été suivie depuis par de nombreux chirurgiens tels que Tuffier, Jalaguier, Sébileau. Mais beaucoup de ceux qui l'avaient employée se sont aperçus que si dans quelques cas très rares cette fixation pouvait être suffisante, dans d'autres cas, elle n'empêchait nullement la réascension du testicule.

On imagina dès lors une quantité considérable de nouveaux procédés, les uns agissant directement sur le testicule, les autres agissant sur le cordon, d'autres enfin, agissant sur tous les deux.

FIXATION DU TESTICULE AU TESTICULE OPPOSÉ

Villemin fixe le testicule au testicule opposé par une brèche faite dans la cloison des bourses. Il cherchait par ce procédé

un point d'appui momentané pour le testicule ectopique. Mauclaire va plus loin et cherche à réaliser une véritable soudure entre les deux testicules, les réunissant par leurs albuginées et les englobant dans une seule vaginale.

Anschütz, au congrès de la société allemande de chirurgie en 1909, se montrait partisan du procédé de Mauclaire, mais voulait qu'on fît la suture des deux testicules parenchyme à parenchyme.

Walther, sans réaliser la suture intertesticulaire, effondre la cloison des bourses, et refoule le testicule ectopié dans la loge du testicule opposé.

Sébileau fixe le pôle inférieur du testicule à la cloison des bourses en un point et d'autre part au point le plus bas situé du scrotum du côté opposé, donnant ainsi aux deux testicules, un même ligament scrotal, celui du testicule sain.

FIXATION AU PÉRINÉE

Mais ce n'est pas seulement au scrotum ou au testicule opposé que de nombreux chirurgiens fixèrent le testicule ectopique. C'est ainsi que Nicoladoni et Finotti pratiquent une petite boutonnière à la partie postérieure du scrotum et à sa faveur, suturent la vaginale à la peau du périnée.

Paul Delbet a exposé au congrès d'Urologie, en 1903, la méthode suivante. « Après libération soignée du testicule, et des éléments du cordon, passer un fil d'argent moyen, en anse, dans l'albuginée du pôle inférieur du testicule, creuser ensuite une loge dans le scrotum, perforer le point infime de cette loge de dehors en dedans avec une aiguille de Reverdin. Engager dans le châs de l'aiguille les deux extrémités de l'anse, sans les nouer et en les retirant au dehors. On attire alors scrotum et testicule aussi loin que possible contre la peau d'une des régions périnéales. On passe une des branches de l'anse sous la peau et l'aponévrose et on la lie à sa congénère par-dessus la peau. Un pansement maintient et protège le tout. Si on a soin, en libérant le cordon de faire

une incision petite et de la faire un peu bas, l'opération ne laisse aucune trace. »

Hermès, de Berlin, maintient le testicule appliqué contre le périnée, par un lambeau cutané périnéal à base postérieure.

FIXATION A LA CUISSE

Dans ces dernières années on a essayé de fixer le testicule à la cuisse et de maintenir sa fixation pendant un certain temps, c'est-à-dire le temps nécessaire à ce que le testicule soit bien fixé à sa nouvelle place.

Katzenstein fixe ainsi le testicule et le scrotum à un lambeau pédiculé, emprunté à la cuisse.

Keetley fixe le testicule à travers une incision scrotale, dans une incision cutanée de la face interne de la cuisse. Les incisions scrotales sont ainsi suturées aux lèvres de l'incision de la cuisse.

Bull emploie à peu près le même procédé et ne détache le scrotum qu'après cinq mois.

Annandale et Imbert fixent le testicule par un fil de catgut, à la peau de la partie interne de la cuisse.

FIXATION DU TESTICULE A UN APPAREIL PÉRINÉAL

Watson-Cheyne le fixe à un appareil métallique périnéal par un fil perforant le scrotum et prenant point d'appui sur la partie inférieure du cordon.

Bidwel conservant la fixation à un appareil métallique par un procédé analogue à celui de Watson-Cheyne, y joint une traction élastique par un tube de caoutchouc.

FIXATION A UN BANDAGE DE LA CUISSE AVEC EXTENSION CONTINUE PAR UN FIL ELASTIQUE

Tuffier semble être le premier qui ait employé cette extension au moyen d'un fil élastique, prenant appui d'un côté

sur le testicule, de l'autre sur des crochets fixés à une bande de diachylon entourant l'extrémité supérieure de la jambe.

Enfin, plus récemment Lanz (1905), a encore réalisé cette extension testiculaire au moyen d'un fil élastique fixé à l'albuginée et d'autre part, à une attelle maintenue entre les deux cuisses par un bandage plâtré.

Katzenstein au dernier congrès allemand de chirurgie, vante également cette traction élastique par un fil de caoutchouc perforant le scrotum et laissé en place pendant trois mois.

Tomaschewsky attache le fil tenant le testicule à une bande glissant dans une anse passant sous le pied.

FIXATION A UNE ATTELLE SOUS-CUTANÉE

Starr a décrit, il y a deux ans, un procédé un peu compliqué. Il fixe le testicule par quelques points de catgut passés sous l'albuginée à la partie inférieure d'une petite tresse de fil d'argent ayant une longueur de 5 à 7 centimètres et demi. Les deux fils terminant l'extrémité inférieure de la tresse sont passés dans le scrotum et rabattus de chaque côté sur la peau. La fixation ainsi obtenue est renforcée par deux crins maintenant l'albuginée contre le fond des bourses au niveau de la sortie des tiges métalliques, tandis que l'extrémité supérieure de la tresse est fixée au périoste pubien par un fil de catgut. On réalise ainsi une véritable attelle métallique placée dans le scrotum, à laquelle est fixé le testicule et qui l'empêche de remonter. Les lèvres de la peau et de la gaine crémastérienne sont refermées par-dessus l'attelle. On enlève l'attelle le douzième jour, en tirant sur les deux fils extérieurs ressortant en dehors.

Depuis longtemps déjà, d'autres opérateurs avaient pensé qu'on pouvait empêcher le testicule de remonter en agissant par la fixation du cordon aux plans solides avoisinants.

FIXATION DU TESTICULE PAR L'INTERMÉDIAIRE DU CORDON

C'est ainsi que Tuffier avait fixé le cordon par un ou deux fils passant à travers les piliers. Richelot avait imité ce procédé et par trois fils passant à travers les piliers pour en faire la suture d'une part, prenant les plans superficiels du cordon d'autre part, il obtenait la fixation du cordon à l'aponévrose abdominale et le rétrécissement du trajet inguinal.

Menod et Rieffel ont employé ce même procédé et en ont obtenu de bons résultats.

Kirmisson procède d'une façon un peu différente. Il libère d'abord autant que cela est nécessaire, tous les éléments du cordon des adhérences fibreuses. Après ligature de la partie supérieure du canal vagino-péritonéal, il reconstitue dans toute la longueur du cordon la fibreuse commune déterminant la formation d'une cicatrice solide qui sur toute la longueur du cordon va lui servir d'attelle et s'opposera à la réascension du testicule.

M. Forgue dans un article paru dans la « Presse Médicale », 1906, préconise d'échelonner sur le trajet du cordon, une série de points de catgut, réunissant les restes des tissus fibreux du cordon aux piliers, aux tissus prépubiens et dans le scrotum, de continuer à fixer ce tissu fibreux du cordon aux parois scrotales.

Tailhefer, de Béziers, au Congrès de Chirurgie (1906), a exposé sa façon de fixer le testicule au scrotum. Après libération du testicule, il fait une incision prenant toutes les tuniques scrotales jusqu'au fond du scrotum et plaçant le testicule dans la partie la plus déclive de l'incision, il suture autour du cordon à points séparés les tuniques scrotales jusqu'au fond des bourses. Le testicule ne peut ainsi remonter le canal qui est juste assez large pour laisser passer le cordon.

Peyrot et Souligoux, au Congrès de Chirurgie 1902, dé-

crivent leur procédé en faisant ressortir qu'il est utile de fixer le cordon aussi bas que possible. Ils fixent en conséquence le cordon au tissu fibreux et au périoste pubien en dedans et en dehors à l'aponévrose des adducteurs. Plus bas, ils fixent encore le cordon au scrotum par plusieurs points de façon que scrotum, testicule et cordon fassent une seule masse contenue dans la bourse et ne se déplaçant qu'avec elle.

Nelaton et Onbredanne sont allés plus loin et ont fait passer le cordon en plein corps du pubis dans un orifice réalisé à l'emporte-pièce.

Félizet voulait utiliser le varicocèle produit par la stase veineuse créée en rétrécissant fortement l'anneau inguinal externe, jusqu'à pincer le cordon et gêner la circulation de retour. Cette stase veineuse amène une tuméfaction du testicule et du cordon, tuméfaction qui a pour but d'abaisser le testicule au fond de la bourse.

Baudet, au Congrès de Chirurgie 1906, expose le procédé qu'il appelle le cerclage sus-testiculaire et qui consiste à passer au-dessus du pôle supérieur du testicule un fil en anse qui prenant à son intérieur le cordon, aura ses deux chefs noués sur le scrotum qu'il a traversé. Cette anse est serrée suffisamment pour empêcher la réascension du testicule et d'une façon insuffisante pour gêner la circulation des vaisseaux.

III

Si on considère le nombre de ces procédés, on pourrait penser qu'ils sont tous insuffisants. D'autre part, si on considère les résultats publiés, par leurs auteurs, ils sont tous excellents. Il sera néanmoins facile de donner la préférence à certains d'entre eux, par leur simplicité et leur efficacité. Tout le monde est d'accord pour dire que la fixation au scrotum est fréquemment insuffisante. Néanmoins, ceux qui l'ont

employée, ont obtenu des résultats très beaux et il est donc rationnel d'admettre que certains testicules facilement abaissables et à cordon très long peuvent être fixés avec succès par ce procédé simple.

Reste à déterminer ce qui ne peut être fait que par l'opérateur au cours de l'intervention, quels sont les testicules qui peuvent en bénéficier?

Pour ce qui est des procédés fixant le testicule à la peau de la cuisse ou du périnée et empruntant des lambeaux cutanés dans ces régions, tout le monde au cours des discussions du Congrès de Chirurgie 1906, a été unanime à les considérer comme inutiles et même mauvais. Nous ne reprendrons pas les arguments nombreux qu'on retrouvera dans les divers rapports de ce Congrès. Il semble bien aujourd'hui que la valeur de ces procédés soit jugée.

Seul, Delbet défend encore la fixation transcutanée du testicule à la peau du périnée. Il est difficile de juger de la valeur de sa méthode qui n'a encore été guère expérimentée.

La fixation du testicule soit au testicule opposé, selon le procédé de Mauclaire soit dans la loge scrotale saine selon le procédé de Walther, soit au fond du scrotum sain, ne nous paraît pas non plus une opération à l'abri des critiques. D'abord, il n'est peut-être pas inoffensif d'exposer un organe parfaitement sain au voisinage d'un testicule qui, à la suite de manipulations, peut amener de la suppuration de la vaginale saine et de l'orchite. Cette soudure testiculaire amène d'ailleurs la formation d'une sangle gênée par les corps caverneux et parfois gênante pour le porteur.

Le résultat cherché peut être obtenu par d'autres procédés n'ayant pas ces inconvénients. Resterait donc à passer en revue, naturellement sans les prendre chacun séparément, les procédés qui s'efforcent de maintenir l'abaissement du testicule par l'extension continue, ceux qui essayent de le fixer, en agissant surtout sur le cordon.

Tous les opérateurs qui ont employé ces derniers pro-

cédés ont eu de bons résultats et malgré l'opinion de Lucas-Championnière, qui pense qu'une fois les éléments du cordon dissociés, il ne restera plus de tissu fibreux permettant la fixation du cordon aux parties voisines, tous ceux qui ont opéré des ectopiés de cette façon, sont parvenus à réaliser cette fixation sans trop de difficultés. Aussi, cette méthode, soit qu'on fixe le cordon au pubis, soit qu'on le fixe au surtout fibreux, ou périostique pré-pubien, soit que comme Tailhefer on le fixe aux parois scrotales, paraît excellente.

Le procédé de Kirmisson seul ou associé à un des procédés précédents, paraît très rationnel et en tous cas plus facile à employer que les procédés de Nelaton et Onbredanne qui offrent des difficultés d'exécution bien plus grandes. Du reste comme nous le disions dans notre introduction, il semble que depuis le congrès de 1906, il se fasse à l'étranger un mouvement en faveur des interventions simples. C'est ainsi que Spitzi de Grass plutôt que de fixer le testicule ectopié, au testicule du côté opposé, plutôt que de tenter des procédés compliqués, préfère dans les cas où l'abaissement n'est pas facile, rentrer le testicule dans l'abdomen. Anschütz admet le procédé de Mauclair et paraît un peu plus interventionniste, puisqu'il conseille de disséquer le cordon sur une hauteur suffisante pour que les éléments n'aient pas de tension. Johnson, en Amérique, se contente de suturer les testicule au fond de la bourse. Bland Sutton dans un article paru en janvier 1910, dans le « The Practitionner », se basant sur ce que la sclérose du testicule lui paraît primitive et cause et non résultat de l'ectopie, sur ce que sur tous les testicules ectopiques qu'il a examinés, il n'en a trouvé qu'un seul susceptible de spermatogénèse, sur ce que si le testicule peut produire des spermatozoïdes à la puberté, bientôt il se sclérose, et également sur ce fait que de 57 tumeurs du testicule traitées au London Hospital pendant ces dernières années, 48, soit 84 0/00 étaient apparues sur des testicules ectopiques, admet que s'il y a hernie, il vaut toujours mieux

enlever le testicule, organe inutile, et assurer une bonne cure radicale.

Coley, également dans un article paru dans les « Annals of Surgery », en 1908, et dans lequel il publie le résultat de sa pratique basée sur 126 cas d'ectopie inguinale, se contente de fixer le testicule, par le simple rétrécissement de l'orifice externe du canal inguinal, ce qui d'après lui empêche la réascension. Il considère comme inutiles tous les procédés tendant à fixer le testicule au fond des bourses. Mais contrairement à l'opinion de Bland Sutton, il n'est pas partisan de la semi-castration, pensant que la prédisposition du testicule à la dégénérescence cancéreuse, n'est pas suffisamment prouvée.

En Hollande, MM. de Lameris et Exalto ont publié également en 1908 un article dans lequel ils concluaient que l'indication essentielle de l'intervention était la hernie qui accompagne l'ectopie et qui est la cause de douleurs quand il y en a. Ils ne s'occupent du testicule ectopique que si son abaissement est possible sans violences. Ils rejettent les tractions élastiques appliquées sur le testicule comme nuisibles et inutiles parce qu'elles peuvent amener la nécrose de la portion du testicule sur lequel elles prennent appui. Ils rejettent également les méthodes dénudant le cordon sur une certaine hauteur et préfèrent dans les cas où l'abaissement serait difficile, réduire le testicule dans l'abdomen, en reconstituant sérieusement le canal au-devant.

C'est ainsi que sur 15 cas traités et revus, il y avait eu 3 réductions dans l'abdomen et sur 12 cas restant, le testicule se trouvait dans 7 à 3 centimètres au moins au-dessous de l'anneau externe, 4 fois au fond du scrotum et une fois à l'anneau.

Passons maintenant à l'appréciation des méthodes qui utilisent l'extension continue faite sur le testicule au moyen d'un fil élastique. Elles ont déjà été critiquées au Congrès de Chirurgie en 1906, malgré les résultats satisfaisants qui ont été publiés par leurs auteurs.

D'abord, certaines pratiques paraissent un peu exagérées, telle celle de Katzenstein (Congrès allemand de chirurgie 1909), qui laisse le fil à extension pendant trois mois. Au prix de quelles difficultés est-il possible de faire supporter par un enfant une pareille pratique! Comment se peut-il qu'un fil perforant le scrotum et qui a déjà beaucoup de chances de s'infecter quand on le laisse une douzaine de jours ne s'infecte pas et n'amène pas des phénomènes de suppuration quand on le laisse pendant trois mois! Aussi, pensons-nous que cette méthode trouvera peu d'imitateurs.

Le gros reproche qu'on puisse faire à toutes ces méthodes de traction élastique, c'est d'exiger une ouverture scrotale qui, difficile à protéger, va servir de porte d'entrée à l'infection et cela d'autant plus facilement que le fil conduit directement sur le testicule. Cette infection est encore favorisée par ce fait que le testicule est attiré par le fil à travers le point perforant scrotal qui au bout de quelques jours finit par s'agrandir et livrer passage à la partie qui donne point d'appui au fil. Nous savons bien qu'il n'est pas forcé que cette infection ait lieu, mais elle doit être fréquente. D'autre part, une extension continue doit avoir à lutter simplement contre une force réascensionnelle minime. Or, si on a gardé les vaisseaux du cordon, comme ce sont eux qui subissent les premiers la traction, parce que, plus courts, que le canal déférent, il est certain que si cette traction est un peu forte, leur allongement amène un certain degré de sténose des vaisseaux prédisposant peut-être à la stase ou au défaut d'irrigation testiculaire.

Ce sont ces phénomènes que nous avons plusieurs fois retrouvés dans les observations prises dans le service de M. le Professeur Denucé et dans lesquelles le testicule était presque toujours plus gros que celui du côté opposé.

Comme résultats, il est certain que le testicule reste au bout d'une dizaine de jours facilement dans la bourse ou ne subit qu'une réascension minime. Mais c'est à se demander si les chances d'infection que l'on court sont compensées

par le résultat obtenu et qui serait peut-être obtenu par d'autres procédés plus inoffensifs.

Parmi les observations que nous avons réunies, il y en a 11 prises dans le service de M. le docteur Princeteau, qui, toutes, ont trait à des testicules en ectopie inguinale, facilement abaissés et maintenus en place par un fil prenant point d'appui sur les tissus fibreux de la partie inférieure du cordon, perforant le scrotum et reliés par un petit tube de caoutchouc à un bandage situé au-dessous du genou. Les résultats immédiats ont été satisfaisants. On a enlevé suivant les cas le fil du sixième au douxième jour. Dans un cas on a eu un hématome, dans un autre, une légère orchi-épididymite. A la sortie des enfants, le testicule était bien en place et n'avait pas de tendance à remonter.

Dix de nos observations ont été prises dans le service de M. le professeur Denucé. Elles ont toutes trait à des ectopies inguinales opérées de la façon suivante:

1° Libération du testicule et de son sac;
2° Dissection du canal vagino-péritonéal;
3° Reconstitution autant que possible de la vaginale;
4° Dissociation des éléments du cordon en conservant toujours tous les vaisseaux. L'abaissement a toujours été possible, plusieurs fois même facile, excepté cependant un cas où il s'agissait d'une ectopie double inguino-interstitielle avec scrotum presque inexistant.

La traction élastique était pratiquée au moyen d'un fil de Florence passé soit dans la vaginale, soit dans l'albuginée du pôle inférieur du testicule. Ce fil perforant le scrotum près de la cloison des bourses était relié à un tube de caoutchouc, qui était attaché au niveau de la jarretière à un pansement entourant la jambe. Le fil était enlevé dans un cas le cinquième jour, dans les autres du douzième au quinzième. Dans la plupart des cas, à partir du huitième jour, l'orifice scrotal de pénétration des fils de Florence s'agran-

dissait sous l'influence de la traction et laissait paraître la partie testiculaire qui donnait point d'appui au crin.

L'extension est assez facilement supportée par les malades; elle n'est douloureuse qu'aux mouvements. Si l'on met à part un des opérés qui fit une scarlatine assez grave le troisième jour après l'intervention et qui, de ce fait, eut une suppuration uni-latérale assez accusée, voici les suites observées.

La plaie opératoire a toujours guéri par première intention, ne laissant ensuite aucune induration du côté du cordon. Par contre, du côté du scrotum, on observe dans la plupart des cas l'agrandissement de l'orifice de pénétration du crin de traction. Autour de cet orifice, au bout de quelques jours, il se fait un petit liséré rouge témoignant d'une inflammation qu'il est difficile d'éviter, vu l'impossibilité où l'on est, de bien protéger cette région.

Du côté du testicule on remarque une augmentation de volume à peu près constante. La glande est toujours plus grosse que celle du côté opposé, beaucoup moins mobile. Que la traction se soit effectuée cinq jours ou quinze jours, le testicule se trouve à la même place, ce qui porte à penser qu'au cinquième jour il est suffisamment fixé par l'adhérence des plans voisins au cordon pour ne faire qu'une réascension minime. Il ne paraît cependant dans aucun cas être aussi bas placé que son congénère, ce qui est dû certainement à deux faits. Malgré l'extension continue, le cordon ne peut dans les jours qui suivent l'opération, avoir retrouvé l'élasticité d'un cordon normal; de plus, le scrotum étant primitivement atrophié, on n'observe pas son développement en quelques jours malgré l'extension. Malgré tout dans toutes les observations relatées, il restait nettement dans le scrotum.

Comme nous le disions plus haut, quoique le volume du testicule soit augmenté au départ du malade, il n'en était en aucun cas plus douloureux qu'un testicule normal, ce qui porte à croire que peut-être le testicule n'est pas réel-

lement augmenté de volume et que cette sensation peut provenir de l'adhérence des parties molles inguino-scrotales autour de la glande et du cordon légèrement irrités.

Dans trois cas, on a observé de la suppuration, se produisant vers le sixième jour et qui, vu l'absence de réaction du côté de la plaie opératoire, ne pouvait être due qu'à une infection ayant pénétré par le point perforant scrotal. Dans tous les cas, la suppuration se trouvait localisée au scrotum et autour du crin de Florence. Dans un cas il s'agissait d'une suppuration survenue au cours d'une scarlatine et qui s'accompagna de l'élimination d'une portion de tissu sphacelé qui devait être la vaginale testiculaire reconstituée; le crin prenait en effet appui sur cette vaginale. Dans tous les cas d'ailleurs, la guérison se fit rapidement et à la sortie des malades, le testicule ne présentait pas un volume supérieur à un testicule n'ayant pas suppuré.

Nous n'avons vu aucun de ces malades depuis leur départ de l'hôpital, et en somme, voici l'appréciation que nous pouvons retirer après en avoir suivi le plus grand nombre durant leur traitement.

La traction élastique paraît agir très favorablement pour fixer un testicule dans le scrotum et l'y maintenir un temps suffisant. Malheureusement, elle prédispose à l'infection secondaire du testicule par l'intermédiaire du crin passant dans la paroi scrotale. Peut-être pourrait-on enlever le fil dès le cinquième ou le sixième jour, en tous cas, le plus vite possible et conserver ainsi à la méthode ses avantages en lui supprimant au moins partiellement ses inconvénients.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé

Ectopie testiculaire gauche

A. L..., 12 ans et demi, entre le 9 novembre 1908 à l'hôpital des Enfants, salle 8, dans le service de M. le professeur Denucé.

Peu de chose à signaler dans ses antécédents héréditaires. Son père est âgé de 43 ans et a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Sa mère, âgée de 37 ans, souffre d'une gastrite qui date de 5 ans. Son grand-père paternel est mort à 65 ans de pneumonie. Sa grand'mère paternelle est morte à 36 ans de la variole. Son grand-père maternel est mort à 66 ans de pneumonie.

Peu de chose à signaler également dans ses antécédents personnels. Il est né à terme, dans de bonnes conditions et a été nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de 18 mois. Il a eu la rougeole à 4 ans, la coqueluche à 5 ans, sans complications.

A l'âge de 6 ans, l'enfant accusa pour la première fois une douleur, parfois aiguë, au niveau du pli inguinal gauche. Un docteur appelé diagnostiqua une ectopie testiculaire gauche et conseilla d'attendre quelques années, ne jugeant point l'intervention utile. Mais depuis ce moment, l'état restant stationnaire, l'enfant souffrant de temps en temps, on l'amène à l'hôpital des Enfants et on l'hospitalise salle 8, le 9 novembre 1908.

A l'examen des parties génitales, on constate que le scrotum du côté droit est occupé par une tuméfaction ronde qu'à la palpation on sent être un testicule normal. Du côté gauche au contraire, le scrotum est complètement aplati et il n'existe pas de tuméfaction analogue à celle du côté droit à l'intérieur de la bourse. Mais en se reportant plus haut, vers l'orifice externe du canal inguinal, on aperçoit une légère voussure. Quand on pratique la palpation de ce côté, on voit que le

testicule et le cordon manquent entièrement et que la tuméfaction vue plus haut est formée par une grosseur mobile, très sensible à la pression, ne se réduisant pas dans l'abdomen et pouvant être abaissée dans une faible limite. Cette tumeur n'a aucune tendance à prendre la direction scrotale, mais plutôt celle du pli inguino-crural.

L'orifice externe du canal inguinal semble fermé et quand l'enfant tousse, on n'aperçoit à ce niveau aucune tuméfaction. Du côté de la verge, pas de malformations, pas de phimosis.

L'anneau inguinal externe droit ne présente rien de particulier.

Tous les autres organes sont normaux.

Opération le 14 novembre. — Sous chloroforme, on incise les téguments sur le trajet du canal inguinal que l'on ouvre. Le testicule est trouvé au niveau de l'anneau externe.

On dissocie tous les éléments du cordon, qu'on libère du tissu fibreux environnant, ce qui permet l'abaissement parfait du testicule jusqu'au fond de la bourse correspondante. Pour loger le testicule, on effondre avec le doigt la bourse qui offre assez de résistance. On prend avec un crin ce qui reste de la vaginale testiculaire reconstituée et une portion de l'albuginée. Ce fil passé à travers le scrotum est fixé à un tube de caoutchouc (drain n° 6) lequel est lui-même fixé au niveau de la jarretière à un pansement.

Fermeture du canal inguinal au catgut, suture des parties molles autour du cordon, affrontement de la peau aux agrafes de Michel.

Teinture d'iode au niveau de l'incision, avant et après l'opération.

Le 20, on enlève toutes les agrafes.

Le 25, on supprime l'extension.

Le 18 décembre, le malade sort. Il n'y a pas eu de suppuration. Rien du côté du scrotum. Le testicule est légèrement plus gros que celui du côté opposé. Il a subi une légère réascension mais reste néanmoins dans la bourse.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé

Ectopie testiculaire double

A. D..., entré le 22 mars 1909, salle 8, dans le service de M. le professeur Denucé. Dans ses antécédents héréditaires, on retrouve fort peu de chose à signaler. Pas de malformations congénitales dans sa famille.

Son père est actuellement âgé de 42 ans et jouit d'une bonne santé. Sa mère âgée de 32 ans est également bien portante. Elle a eu trois enfants : deux jumeaux sont mort-nés à 8 mois. Elle attribue cet accouchement prématuré à des contusions qu'elle reçut dans un accident de voiture survenu quelques jours auparavant.

Une grand'mère est morte de congestion cérébrale.

Le petit malade qui nous occupe est né à terme dans de bonnes conditions. Il fut nourri au sein maternel jusqu'à 18 mois. Il a eu la rougeole à 3 ans, rougeole sans complications.

Pour la première fois à 2 ans, les parents remarquent que ses bourses sont vides. L'enfant ne souffre pas ; les parents s'inquiétant fort peu de cet état, quelques années se passent. A l'âge de 11 ans, l'enfant fut pris le 1er mars 1909 de violentes coliques, coliques localisées dans tout le bas-ventre et survenant la nuit avec plus d'intensité. Un docteur le voit et, vu l'âge du malade, conseille de le faire opérer.

A son arrivée dans le service, l'enfant est examiné. On remarque le degré d'atrophie extrême du scrotum, l'absence des deux testicules dans les bourses. Ils sont retrouvés par la palpation, le droit, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, le gauche, au milieu de ce même canal. Ces deux testicules sont fort peu mobiles et ne peuvent être abaissés dans les bourses.

Il est opéré le 27 mars. Sous chloroforme, incision de la cure radicale de hernie. Ouverture du canal inguinal. Dissociation facile de tous les éléments du cordon. Résection de tout le tissu fibreux intermédiaire jusqu'au niveau de l'orifice interne, ce qui permet l'abaissement facile du testicule. Reconstitution de la vaginale testiculaire. Effondrement au doigt des deux bourses. Abaissement facile des deux testicules dans leur nouvelle loge où ils sont bridés par la peau scrotale par suite du non-développement des bourses.

Le testicule est alors fixé par un crin prenant l'albuginée et la vaginale, traversant ensuite le scrotum et maintenu par un drain numéro 6 épinglé à un bandage entourant la jambe.

A gauche le testicule était atrophié. L'épididyme était bien développé, non adhérent.

Le 1er avril, on enlève la moitié des agrafes.

Le 3 avril, on enlève celles qui restent.

Le 5 avril, on supprime l'extension. Une éruption généralisée d'emblée apparaît ce même jour accompagnée d'angine scarlatiniforme. Un peu de suppuration se montre au niveau du point de perforation

du crin fixant le testicule gauche. Cette suppuration dure une dizaine de jours avec léger œdème qui cède rapidement aux pansements humides. Pas de suppuration des cicatrices, malgré l'évolution de cette scarlatine.

Le 25 avril, le malade sort. Les deux testicules un peu gros sont dans les bourses ; le droit descend jusqu'au fond ; le gauche est un peu plus élevé.

OBSERVATION III

Due à obligeance de M. le Professeur Denucé

Ectopie testiculaire gauche

E. M..., âgé de 9 ans, entré le 6 août 1909, salle 8, lit 12, dans le service de M. le Professeur Denucé.

Son père âgé actuellement de 37 ans a une hernie inguinale qui nécessite le port d'un bandage. Sa mère âgée de 34 ans est en bonne santé. Ses grands-parents sont morts âgés.

Pas de malformations congénitales dans la famille.

Il est né à terme dans de bonnes conditions. Nourri au sein maternel jusqu'à 6 mois seulement, puis au lait de vache, il a souffert d'entérite jusqu'à 5 ans. Il eut la coqueluche et la rougeole à 6 ans et depuis, plusieurs bronchites.

Quinze jours après sa naissance, les parents constatèrent que la bourse gauche de l'enfant était vide. A 6 ans, ils consultèrent un docteur qui leur conseilla le port d'un bandage. Ce traitement fut suivi jusqu'à ce jour, sans que la migration du testicule s'effectuât.

Les parents inquiets l'amènent à l'hôpital pour le faire opérer. Le 7 août, on fait l'orchidopexie. Incision sur le trajet du canal inguinal. Découverte facile du testicule. Dissociation de tous les éléments du cordon, résection de tout le tissu fibreux intermédiaire depuis l'orifice interne jusqu'au hile du testicule. L'abaissement est ensuite facile. Reconstitution de la vaginale. Effondrement au doigt de la bourse correspondante. Passage du fil dans la vaginale et le pôle inférieur du testicule. Ce fil traverse le scrotum et est fixé à un bandage entourant la jambe par l'intermédiaire d'un drain en caoutchouc N° 6.

Suture des piliers et des parties molles autour du cordon dans sa portion funiculaire. Agrafes de Michel sur la peau.

Le 13, on enlève toutes les agrafes. Réunion de la plaie par première intention.

Le 16, on supprime l'extension.

Le 27, le malade sort.

La guérison eut lieu sans aucune trace de suppuration du côté de la peau, ni aucun phénomène inflammatoire du côté du scrotum. Le testicule est un peu plus gros que celui du côté opposé et bien fixé dans la bourse. Il ne remonte pas vers le canal, mais est situé légèrement plus haut et ne peut être abaissé aussi bas que celui de la bourse saine.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Denucé.

Ectopie testiculaire gauche

M. F..., âgé de 13 ans 1/2, entre le 28 octobre 1909 dans le service de M. le Prof. Denucé, salle 8, lit 11.

Il n'y a pas de maladies ni de malformations congénitales à signaler dans ses antécédents.

Né à terme dans de bonnes conditions, nourri au sein maternel jusqu'à 15 mois. Il eut une broncho-pneumonie à 3 ans.

A l'âge de 6 ans, sa mère constata pour la première fois que le testicule gauche n'était pas à sa place et que la bourse correspondante était vide. L'enfant n'accusait aucune douleur et ne paraissait nullement incommodé. Mais l'état restant toujours le même, le testicule ne descendant pas, l'enfant est amené à la consultation de M. le Prof. Denucé qui conseille aux parents de faire opérer leur enfant et l'admet dans son service.

A l'examen on constate l'atrophie du scrotum du côté gauche et l'absence de testicule dans la bourse. Il est cependant retrouvé par la palpation au niveau du pli inguino-crural et les mouvements qu'on essaye de lui imprimer sont très limités. A peine peut-on l'abaisser jusqu'au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

Le 23, sous chloroforme, on pratique l'orchidopexie. Incision de la cure radicale de hernie, ouverture du canal inguinal. Le testicule, en bon état, non atrophié, est libéré de ses adhérences; les éléments du cordon sont dissociés et tout le tissu fibreux intermédiaire est réséqué

le plus haut possible. On peut alors abaisser le testicule jusqu'au fond du scrotum qu'on a effondré avec le doigt.

Suture des piliers et reconstitution des parois.

Mais pour le maintenir dans sa nouvelle demeure et le fixer dans cette position en évitant sa réascension, on passe un crin dans l'albuginée et dans la vaginale reconstituée en partie. Ce crin traverse le scrotum et est fixé à un anneau de caoutchouc (drain n° 6) qui est lui-même épinglé à un bandage roulé au niveau du genou.

Les suites opératoires furent très bonnes.

Le 29 on enlève toutes les agrafes. La plaie est réunie par première intention.

Le 7 novembre l'extension est supprimée et le malade sort le lendemain.

Le testicule était un peu plus gros que le testicule sain et n'avait pas subi la moindre réascension.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Professeur Denucé.

Ectopie testiculaire double

M. F..., âgé de onze ans, entre, le 22 novembre 1909, salle 8, lit 15, dans le service de M. le professeur Denucé.

Dès la naissance les parents constatèrent la minceur et l'extrême atrophie des parois scrotales. Les bourses étaient vides. L'enfant ne souffrait pas.

Présenté à la consultation du Professeur Denucé, il est conseillé aux parents, vu l'âge de l'enfant, de le faire opérer.

A l'examen dans la salle, on constate l'atrophie du scrotum et une ectopie testiculaire double. Les testicules paraissant diminuer de volume sont sentis dans le canal inguinal, assez loin de l'orifice externe.

Le 23 novembre, on pratique l'orchidopexie double. Incision classique. On trouve des deux côtés un testicule intestinal ne rentrant pas dans l'abdomen par le décubitus et ne pouvant être abaissé dans la bourse correspondante. Ils sont très atrophiés tous les deux et gros à peine comme une petite fève. Le gubernaculum est inséré sur le pubis ou les aponévroses voisines. La dissection des éléments du cordon

est assez facile et le tissu fibreux intermédiaire est enlevé. Le testicule peut être abaissé avec un peu de difficulté cependant jusqu'au fond des bourses qu'on a creusées au doigt, car elles n'existent pour ainsi dire pas. La peau scrotale est appliquée de très près au périnée et offre au décollement par le doigt une certaine résistance. Les deux conduits vagino-péritonéaux étaient ouverts et laissaient passer un peu d'épiploon. On les ferme le plus haut possible.

Un fil est passé de chaque côté dans l'albuginée et la vaginale reconstituée le mieux possible. Ces fils traversant chaque bourse, sont fixés à un bandage du genou par l'intermédiaire d'un drain n° 6 qui assure ainsi une douce extension.

Les piliers sont suturés, le canal est fermé le mieux possible et les divers plans sont reconstitués.

Le 29, on enlève la moitié des agrafes.

Le 1er décembre, on enlève celles qui restent. Réunion de la plaie par première intention.

Le 4 décembre, on supprime l'extension du côté droit.

Le 13 décembre, on supprime l'extension du côté gauche.

Le 15 décembre, le malade sort.

Les testicules restent bien dans les bourses où ils sont moins mobiles qu'un testicule normal et ils paraissent bridés contre les plans profonds par les bourses non développées.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé

Ectopie testiculaire gauche

J. V..., âgé de 13 ans et demi, entré dans le service de M. le professeur Denucé, salle 8, lit 12, le 22 octobre 1909.

Pas de malformations congénitales ni de hernies dans sa famille. Le père est âgé de 41 ans. Il a eu les oreillons, la grippe infectieuse, la fièvre typhoïde. La mère âgée de 35 ans est en bonne santé.

Ses grands-parents sont morts très âgés, l'un diabétique, l'autre d'une maladie de cœur.

Ses antécédents personnels sont plus chargés. Nourri au sein maternel jusqu'à 20 mois, il a eu la rougeole à 2 ans, la coqueluche

à 6 ans, la fièvre typhoïde à 11 ans. Il a et a toujours eu de l'incontinence nocturne d'urine, traitée sans succès d'ailleurs de nombreuses façons.

Il y a quelques mois, un médecin consulté pour son incontinence d'urine s'aperçut que la bourse gauche était vide et constata la présence d'une petite tumeur au pli de l'aine du même côté. Il conseille une intervention et l'enfant est hospitalisé le 22 octobre dans le service de M. le professeur Denucé.

A l'examen de l'enfant dans la salle, le diagnostic d'ectopie inguinale unilatérale gauche est porté. Le testicule est senti au niveau de l'orifice externe du canal inguinal légèrement mobile sous la paroi, remontant quelque peu dans le canal, mais ne s'abaissant guère.

Le 23 octobre, il est opéré. Incision des téguments, ouverture du canal inguinal. Le testicule est retrouvé au niveau de l'orifice externe, adhérent au canal en plusieurs points. On le libère de toutes ses adhérences, mais le cordon court et épaissi par un tissu fibreux empêche sa descente. Les éléments du cordon sont dissociés avec soin de façon à permettre son allongement. Tout le tissu fibreux intermédiaire est réséqué dans toute son étendue et le testicule peut être abaissé dans sa loge scrotale un peu atrophiée que l'on a effondrée avec l'index.

Les piliers sont suturés, le canal inguinal fermé et les différents plans reconstitués. Agrafes de Michel sur la peau.

Pour empêcher la réascension du testicule, on passe un crin dans son albuginée et sa vaginale. Ce crin traversant la paroi scrotale est fixé à un drain numéro 6, épinglé lui-même à un bandage roulé au genou. Une traction douce et élastique est ainsi exercée.

Le 29 octobre on enlève toutes les agrafes. La plaie est cicatrisée par première intention.

Le 5 novembre, on supprime l'extension.

Le 7 novembre, le malade sort.

Le testicule gauche paraît un peu gros, peu mobile dans sa loge. Il est légèrement placé plus haut que le testicule sain.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé

Ectopie testiculaire avec hernie inguinale gauche

J. B..., âgé de 12 ans, entre le 29 novembre 1909, salle 8, lit 13, dans le service de M. le professeur Denucé.

Pas de malformations congénitales à signaler dans sa famille. Son père est mort à 37 ans de tuberculose pulmonaire. Sa mère âgée de 53 ans a eu une phlébite. Il a eu trois frères et sœurs, dont le second est mort à 19 mois de broncho-pneumonie.

Son grand-père paternel âgé de 70 ans jouit d'une bonne santé. Ses autres grands-parents sont morts de tuberculose pulmonaire.

Il est venu au monde par un accouchement difficile. Il a été nourri au sein maternel jusqu'à 11 mois. Il a eu la rougeole à 2 ans, la coqueluche à 3 ans, sans complications, une otite moyenne suppurée il y a 4 ans, guérie sans laisser de traces.

Dès sa naissance, les parents remarquent que son testicule gauche n'est pas à sa place. A 11 ans, ils aperçoivent, du même côté, la présence d'une tumeur assez volumineuse qui augmentait sous l'influence de la marche et diminuait notablement au repos.

En examinant l'enfant dans le service, on constate que du côté gauche la bourse n'est pas développée ; le testicule se trouve au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, mobile sous la paroi. Quand l'enfant est à la station debout, on voit également la tuméfaction augmenter et se produire une hernie grosse comme une noix, facilement réductible avec le testicule.

Le 30, sous chloroforme, on pratique l'orchidopexie et la cure radicale de hernie.

Après incision et ouverture du canal inguinal, on trouve un testicule de grosseur normale, bridé par l'orifice externe du canal. Le gubernaculum est inséré sur le pubis et le testicule s'est creusé une loge dans le gubernaculum qu'il semble avoir dédoublé.

Mobilisation du testicule, dissection des éléments du cordon, résection de tout le tissu fibreux intermédiaire. Reconstitution de la vaginale. Le testicule est abaissé assez facilement dans les bourses. On passe un crin dans l'albuginée et la vaginale, crin, qui après avoir

perforé la bourse, va être fixé à un drain n° 6, épinglé à un bandage du genou.

Cure radicale de la hernie congénitale. Réfection des parois et suture des piliers. Agrafes de Michel sur la peau.

Le 5, ablation des agrafes. La plaie est réunie par première intention.

Le 12, on supprime l'extension. Pas de phénomènes inflammatoires du côté du scrotum ni du côté de la plaie. Un peu d'œdème les deux premiers jours, dû à un pansement trop serré.

Le 15, le malade sort.

Le testicule gauche est resté dans la bourse, un peu gros, très peu mobile, n'ayant pas de tendance à remonter.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé.

Ectopie testiculaire avec hernie gauche.

F. I.., 5 ans, entré le 13 décembre 1909, salle 8, dans le service de M. le professeur Denucé.

On ne retrouve rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il n'a jamais été malade.

En mai 1908, l'enfant se mit en colère et eut une grande quinte de toux. Il accusa au même instant une violente douleur au pli de l'aine gauche et les parents constatèrent la présence d'une tumeur assez grosse. Ils la frictionnèrent et la tumeur rentra aussitôt. Cette tumeur apparut trois ou quatre fois dans l'année. Chaque fois elle rentrait facilement d'elle-même.

L'année suivante, la hernie étant sortie, la réduction fut difficile et le médecin qui pratiqua le taxis constata l'absence de testicule dans le scrotum du même côté. Sur ses conseils, l'enfant rentra à l'hôpital quelque temps après.

A l'examen de l'enfant dans la salle, on remarqua l'atrophie du côté gauche de son scrotum. Le testicule fut palpé au niveau de l'orifice externe du canal. Il était très peu mobile et n'avait pas de tendance à descendre. En mettant l'enfant dans la station debout, on voyait

la hernie sortir au bout d'un certain temps, hernie assez volumineuse se réduisant avec gargouillement.

Le 14 décembre, sous chloroforme on fit l'orchidopexie et la cure radicale de la hernie.

Après incision et ouverture du canal inguinal, le cordon est dissocié, libéré de ses adhérences, le tissu fibreux intermédiaire est enlevé et après quelques tractions sur le cordon, le testicule peut être abaissé dans la loge préparée au doigt.

Fixation du testicule par le procédé ordinaire. Mais le crin au lieu de prendre l'albuginée et la vaginale est placé simplement sur l'albuginée. Il est fixé ensuite après avoir perforé la bourse à un drain de caoutchouc relié au genou.

Cure radicale de la hernie, suture des piliers, réfection des plans, agrafes de Michel sur la peau.

Le 19 décembre, cinq jours après, le crin de l'extension tombe.

Le 20, on enlève toutes les agrafes. Réunion par première intention.

Le 29, le malade sort.

Le testicule se trouve dans la bourse, mais a remonté environ d'un centimètre et se trouve plus élevé que le testicule du côté sain. Il est un peu plus gros et beaucoup moins mobile.

OBSERVATION IX

Recueillie dans le service de M. le Professeur Denucé

Ectopie testiculaire droite et hernie inguinale

B. O..., âgé de 14 ans et demi, entre le 14 mars 1910, salle 8, lit 3, dans le service de M. le Professeur Denucé.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de hernies, ni de malformations congénitales dans sa famille. Son père est âgé de 44 ans, sa mère de 40 ans ; ils sont tous deux en bonne santé. Il a deux frères et sœurs biens portants.

Allaité au sein maternel, sevré à 15 mois, il a eu la rougeole à 2 ans.

A 5 ans et demi environ, l'enfant s'étant fatigué dans la journée plus que de coutume, les parents remarquèrent dans la région inguinale droite, une petite tumeur faisant saillie et pensèrent immédiatement

à une hernie, l'enfant fut couché et la tumeur disparut pendant la nuit.

Un médecin appelé lui fit porter un bandage.

A l'âge de 14 ans, un médecin appelé constata une ectopie testiculaire de ce côté et pensa que la hernie, n'ayant pas reparu depuis ce long intervalle de temps, était guérie. Néanmoins, il conseilla d'amener l'enfant à la consultation du Professeur Denucé.

Une intervention fut jugée utile et l'enfant fut hospitalisé le 14 mars 1910.

Nous avons examiné l'enfant dans le service. C'est un enfant intelligent, bien développé, ou même d'une assez forte musculature.

Le scrotum du côté droit est considérablement atrophié et entièrement vide. Au-dessus de la racine des bourses, au niveau du pli inguino-crural, nous avons constaté une tumeur non adhérente aux plans superficiels et située un peu au-dessus de l'orifice externe du canal.

Cette tumeur nous a présenté à la palpation tous les caractères du testicule et déterminait par la pression une douleur analogue à celle provoquée sur le testicule du côté opposé.

Très peu mobile dans le sens latéral, on pouvait l'élever dans le canal d'un ou deux centimètres, mais les mouvements de haut en bas sont très limités, et on ne peut arriver à lui faire franchir l'orifice externe.

Il ne paraît pas atrophié.

Le 15 mars, on pratique l'orchidopexie.

Après incision habituelle, le testicule est retrouvé à un centimètre environ au-dessus de l'orifice externe.

Libération du testicule, ouverture de la vaginale.

Dissociation de tous éléments du cordon qui apparaît court et épais, fort peu extensible. Résection de tout le tissu fibreux intermédiaire et adhérent aux divers éléments. Le conduit péritonéo-vaginal est fermé le plus haut possible.

Après reconstitution complète de la vaginale testiculaire, le testicule peut être abaissé dans sa loge scrotale que l'on a au préalable effondrée au doigt. Il s'applique sur le fond. Un crin de Florence passé dans l'albuginée et la vaginale traverse le scrotum et est fixé par l'intermédiaire d'un drain de caoutchouc n° 6, à un bandage roulé du genou.

Une légère traction élastique est ainsi obtenue. Réfection du canal, sutures plan par plan, affrontement de la peau au moyen d'agrafes de Michel.

Le 21, on enlève toutes les agrafes. Réunion par première intention de la cicatrice. Mais le scrotum est rouge, et en le pressant doucement on fait sourdre quelques gouttes de pus par l'orifice de perforation du crin de Florence.

Le 22, cet état persiste, sans aggravation cependant. L'orifice suintant s'agrandit et du pus souille le pansement.

Le 25, on enlève le fil de l'extension qui n'a pas cédé.

Le 30 mars, la suppuration est à peu près tarie ; à peine peut-on faire sourdre un peu de sérosité à la pression.

Le 5 avril, l'enfant est guéri.

Le scrotum a repris sa coloration normale, plus de suintement. Le testicule est gros, fort peu mobile dans sa loge, pas douloureux. Il a subi un léger mouvement de réascension et se trouve à deux ou trois centimètres au-dessous de l'orifice externe.

OBSERVATION X

Recueillie dans le service de M. le Prof. Denucé.

Ectopie testiculaire inguinale droite.

D..., âgé de douze ans et demi, entre dans le service du Prof. Denucé, salle 8, lit 14, le 25 mars 1910.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Pas de malformations congénitales ni de hernies dans sa famille.

Ses parents jouissent d'une excellente santé. Lui-même, nourri au sein maternel, sevré à un an, n'a eu que la coqueluche sans complications à l'âge de 10 ans.

Dès sa naissance, les parents ont constaté que la bourse droite de l'enfant était vide. En même temps que la vacuité, ils en remarquèrent le peu de développement. Cela ne gênant nullement l'enfant, ils attendirent jusqu'au mois dernier pour le présenter à la consultation de M. le Prof. Denucé.

On trouve le testicule gauche juste au-dessus de l'anneau, il n'est pas douloureux et paraît un peu atrophié. Il ne peut être, par des pressions, abaissé au-dessous de l'anneau.

Il entre donc à l'hôpital des Enfants le 25 mars et est opéré le 26. Après incision des téguments et ouverture du canal inguinal, on

trouve, en effet, un testicule situé à deux centimètres environ au-dessus de l'orifice externe. Il est facilement libéré de ses adhérences. Le conduit vagino-péritonéal est ouvert, les éléments du cordon sont dissociés et tout le tissu fibreux intermédiaire réséqué. Le canal déférent était long. Le testicule, après reconstitution de sa vaginale, est abaissé sans difficulté dans la loge scrotale que l'on a créée avec l'index.

Il est maintenu par le procédé ordinaire : crin passant par le pôle inférieur du testicule, perforant le scrotum et relié à un bandage roulé du genou par l'intermédiaire d'un tube élastique (drain n° 6).

Le canal est refermé, la paroi reconstituée. Agrafes de Michel sur la peau.

Suites opératoires excellentes. Pas de suppuration.

Le 1er avril, on enlève les agrafes et on supprime l'extension. La plaie est réunie par première intention.

Le 8 avril, l'enfant sort.

Le testicule est dans la bourse, ne semble pas avoir de tendance à remonter, un peu gros, peu mobile, non douloureux. L'orifice de perforation du scrotum ne présente rien de particulier.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire gauche

Jean Guil..., 13 ans, entré le 31 juillet 1906, salle 10, lit 9, dans le service de M. le Professeur agrégé Princeteau.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Histoire de la maladie. — Quelques jours après sa naissance, sa nourrice remarqua une petite tumeur au-dessus du pli inguinal gauche. A 6 mois, un médecin appelé diagnostiqua une hernie et fit porter un bandage à l'enfant. Mais, vu le jeune âge, le bandage était très difficile à maintenir et on le supprima. Le malade n'en a plus porté.

La mère constata, il y a deux ans, l'absence du testicule dans la bourse gauche et la présence d'une tumeur au-dessous du pli inguinal du même côté. Depuis deux mois, cette tumeur devenait volumineuse après une fatigue ou un effort et était douloureuse par intermittences.

Etat actuel. — La bourse gauche est vide. De ce côté, on retrouve le testicule à quelques centimètres au-dessus du pubis avec impossibilité de lui faire prendre la place qu'il doit occuper normalement.

Orchidopexie, le 10 août. Après incision des téguments on arrive à l'anneau inguinal externe non oblitéré, mais à peine ouvert, livrant passage à un petit filet quelconque entouré d'une couche de graisse. Dissection faite des tissus, on retrouve le testicule, un peu au-dessous de l'anneau interne, en plein muscle (ectopie interstitielle). Le canal vagino-péritonéal ouvert, laissait communiquer l'épiploon avec l'organe. Ouverture de ce canal. La paroi inférieure est oblitérée après avoir supprimé un morceau d'épiploon, tandis que la partie supérieure est suturée en forme de vaginale. On amène ensuite facilement la glande dans la bourse, les éléments du cordon peu rétractés n'offrant aucune résistance à cette manœuvre. Reconstitution du canal inguinal au catgut. L'anneau externe est suturé au fil d'argent, la paroi externe au crin. Application de pâte d'Unna.

Un crin traverse la vaginale ; les deux chefs réunis passent au travers des bourses maintenant l'organe en contact avec la paroi interne. L'autre chef traverse un drain, lequel ramené vers la paroi externe, va empêcher le contact trop dur des crins noués autour de lui. Puis les deux crins noués ensemble à leur extrémité enserrent un anneau de caoutchouc relié lui-même au moyen d'une épingle de sûreté à un tour de bande passé au bas de la cuisse gauche. Ainsi une douce traction élastique est exercée à distance.

Suites opératoires excellentes.

Le 31 août, on enlève l'extension ; l'organe reste en place.

L'enfant sort le 2 septembre.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire droite

Eugène Pou..., 14 ans 1/2, entré le 22 août 1906, salle 10.

L'enfant, fort bien développé, est atteint d'ectopie testiculaire droite. Le testicule très atrophié est retrouvé au-dessus de l'arcade pubienne.

Le 7 septembre on pratique l'orchidopexie. On retrouve le testicule à travers lequel on passe un crin qui servira à le fixer. Les éléments du cordon sont disséqués avec soin; la résection d'un petit sac herniaire est faite; l'organe est mis en place. Le crin passé au travers de la bourse est fixé à la cuisse par l'intermédiaire d'un anneau.

Suites opératoires bonnes. Le 22 septembre on supprime l'extension. Le testicule n'a aucune tendance à remonter.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire droite

Pierre Am..., 9 ans 1/2. Entré au mois d'octobre, salle 10.

Sa bourse droite est vide et on sent très bien le testicule au bord de l'anneau externe.

Opération le 26 octobre. Après chloroforme, incision des téguments. Le testicule est facilement retrouvé. Un crin passé dans les tissus fibreux au-dessus de l'organe, traverse les bourses et est fixé au moyen d'un anneau de caoutchouc à un tour de bande entourant la partie nférieure de la cuisse.

L'enfant sort le 5 novembre, le testicule restant en place.

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire droite

J. Gaud..., 8 ans, opéré le 28 octobre 1906 par M. le Prof. agrégé Princeteau.

Au niveau de l'anneau inguinal externe on trouve le testicule atrophié, la vaginale lâche, non adhérente, l'épididyme séparé. Le canal déférent tapissait la vaginale, tandis que les vaisseaux sanguins repliés sur eux-mêmes étaient unis par du tissu fibreux. La dissection en fut très difficile; la plus grande partie se rompait et on les liait. Le testicule est abaissé et fixé comme dans les observations précédentes.

La suture des piliers est faite au fil d'argent et celle de la peau au crin de cheval.

Les jours suivants on remarqua un suintement sanguin et le troisième jour on vit un vaste épanchement siégeant dans le scrotum et la verge.

Le 4 novembre on enlève les points de suture. L'épanchement est résorbé en partie.

Le 25 novembre l'enfant est guéri et remis à sa famille.

OBSERVATION XV

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire droite.

Louis S..., 10 ans et demi, entre le 28 janvier 1907, salle 10, lit 2, dans e service de M. le Professeur agrégé Princeteau.

Peu d'antécédents à signaler : Rougeole et coqueluche à 5 ans.

Histoire de la maladie. — La mère a toujours constaté la présence d'une petite tumeur au-dessus du pli inguinal droit, tandis que la bourse du même côté était vide. Elle lui fit porter sur l'avis d'un médecin, un bandage que le petit malade garda quelque temps, mais qu'il fut obligé d'abandonner assez vite, ce bandage le faisant souffrir.

On l'amène à l'hôpital et on diagnostique : Ectopie testiculaire droite.

Il est opéré le 30 janvier. Le testicule droit atrophié est retrouvé dans le canal inguinal. La dissection en est délicate. On constate que l'épididyme est complètement séparé de l'organe et que les vaisseaux rétractés permettent difficilement l'abaissement et la mise en place du testicule dans la bourse. On y arrive cependant et après avoir suturé la vaginale un peu déchiquetée l'épididyme est à son tour introduit dans la bourse.

Les deux fils traversant l'épaisseur du scrotum sont fixés d'abord près de la paroi scrotale sur un drain afin d'amortir la ligature puis avec une épingle à l'extrémité inférieure de la cuisse sur un bandage exerçant ainsi une douce traction.

On suture les piliers au fil d'argent et la peau au crin de Florence.

Suites opératoires excellentes.

Le 9 février on supprime l'extension et on enlève les points de suture.

Le 13, le malade sort ; le testicule est en place.

OBSERVATION XVI

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire gauche.

Gend... André, 11 ans et demi, atteint d'ectopie testiculaire gauche, entre dans le service de M. le Professeur agrégé Princeteau, salle 10, lit 3, le 17 septembre. On l'opère le 18.

Après chloroforme et désinfection aux points d'élection, section des téguments extérieurs. On arrive sur une vaginale épaissie contenant un testicule normal au dessus duquel existait une pointe de hernie. Section de la vaginale après ligature, au milieu de l'anneau inguinal externe. Les éléments du cordon débarrassés de leurs adhérences s'allongent assez pour permettre facilement la mise en place du testicule. Cet organe est traversé de part en part par une soie double qui traverse le scrotum et vient se fixer à la partie externe autour d'une petite compresse roulée, empêchant ainsi la compression directe.

Les deux chefs sont fixés à un bandage roulé de la cuisse, empêchant ainsi le testicule de remonter et exerçant sur lui une douce traction pour le maintenir en place.

Chaque plan est reconstitué et suturé.

Le 26 septembre on enlève tous les points.

Le 3 octobre, l'enfant est remis à sa famille. Le testicule est en place.

OBSERVATION XVII

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire droite

Henri Poit..., 10 ans, entre le 18 décembre, salle 10, lit 4.

On relève de la tuberculose chez ses ascendants, lui-même a eu la rougeole, plusieurs bronchites, le croup à 6 ans.

Il y a un an, la mère s'aperçut que l'enfant avait une tuméfaction douloureuse dans le pli inguinal droit. Le médecin conseilla à l'enfant le port d'un bandage herniaire, mais l'enfant le portait irrégulièrement et la tuméfaction devenant douloureuse, l'enfant rentre à l'hôpital.

C'est un enfant petit, trapu, présentant des stigmates de rachitisme très prononcés : incurvation des fémurs, jambes arquées, thorax élargi. Il est porteur au-dessus de la branche pubienne droite d'une tuméfaction douloureuse et résistante de la grosseur d'une noix. La bourse droite est vide. Les efforts et la toux n'augmentent pas la tuméfaction. Pas de gargouillements. Le diagnostic d'ectopie testiculaire droite est porté.

Orchidopexie le 18 décembre. Incision des téguments. Le testicule est trouvé au bord de l'anneau externe, au-dessus du pubis et s'engageant un peu dans le canal inguinal. L'épididyme est séparé. Les éléments du cordon assez lâches permettent assez facilement la mise en place de l'organe après lui avoir créé une vaginale. Les éléments du cordon sont débarrassés du tissu fibreux qui les entoure, puis l'anneau inguinal est suturé au fil d'argent. Le testicule est maintenu par un catgut au fond de la bourse, les deux chefs sont fixés extérieurement sur un petit drain, évitant la compression directe et relié à un bandage roulé du genou.

Les jours suivants, le malade a eu un peu de funiculite. Pas de température le 30 décembre, on enlève les points. Le 7 janvier l'enfant sort.

OBSERVATION XVIII

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire gauche

Paul Chap..., 10 ans et demi, entré le 16 mai 1908 dans le service de M. le professeur agrégé Princeteau pour ectopie testiculaire gauche.

Orchidopexie. Incision des téguments. Les éléments du cordon sont disséqués avec soin, puis le testicule est introduit dans sa bourse et maintenu au moyen d'un crin traversant le tissu conjonctif du gubernaculum et les tissus du scrotum pour être fixé à l'extérieur sur

un petit drain. Une traction douce est exercée afin de maintenir l'organe à sa place.

Les piliers interne et externe sont suturés au fil d'argent le 25 mai. L'enfant guéri est remis à sa famille.

Le testicule est à sa place.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau

Ectopie testiculaire droite

Georges Lat..., entré le 26 mai 1908 pour ectopie testiculaire droite dans le service de M. le professeur agrégé Princeteau.

Le 27 mai il est opéré. Après incision des téguments et dissection des éléments du cordon, le testicule est remis dans sa bourse où il est maintenu au moyen d'un fil traversant le tissu conjonctif et les tissus de la bourse qu'on fixe ensuite à l'extérieur sur un petit drain. Une traction douce est ainsi exercée pour maintenir l'organe à sa place.

Suture des piliers, de la peau, pâte d'Unna.

Le 15e jour l'enfant sort. Le testicule n'a pas remonté.

OBSERVATION XX

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire gauche.

Fernand B..., huit ans et demi, entre le 9 juin 1908, salle 8, lit 6, pour être opéré de son ectopie.

Le testicule semble se trouver dans le canal inguinal. Après chloroformisation, incision des téguments et recherche du testicule. Dissection facile; allongement du cordon en le déroulant et en le débarrassant de ses adhérences aux tissus voisins.

On fait une vaginale au testicule qui est ensuite introduit dans sa loge normale préalablement ouverte au bistouri. Les piliers sont suturés au fil d'argent; la peau, au crin de Florence.

Fixation. Traction externe exercée sur l'organe au moyen d'un crin traversant l'albuginée, passant au travers du scrotum pour être fixé près du genou droit au moyen d'une épingle double et d'un circulaire en toile.

Pas de température. Suites opératoires excellentes.

19 juin. — Réunion par première intention. Le testicule est à sa place.

OBSERVATION XXI

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire droite

Edmond Sag..., 6 ans 1/2, entre le 7 octobre dans le service de M. le Prof. agrégé Princeteau.

Le 11 novembre on fait l'orchidopexie. Dissection facile du cordon. Libération des adhérences. Extension élastique appuyée sur le membre inférieur du côté opposé.

Le 29 novembre on enlève les points et la traction. Le testicule est à sa place. L'enfant est remis à sa famille.

OBSERVATION XXII

Due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé Princeteau.

Ectopie testiculaire inguinale droite

André Y..., 12 ans, entre le 21 octobre dans la même salle. Il est opéré le 25 octobre.

Le testicule est retrouvé en dehors du canal. Après avoir débarrassé le cordon de ses adhérences on a baissé le testicule dans le scrotum et on exerce sur lui une traction externe au moyen d'un crin fixé à la cuisse gauche.

Pas de température.

Le 31 octobre on enlève les points de suture et l'extension. L'enfant est remis à sa famille. Le testicule est en place.

Aux observations recueillies dans le service de M. le Professeur Denucé, nous sommes heureux d'ajouter les renseignements suivants que cet aimable maître a bien voulu

nous communiquer avec sa bienveillance habituelle, renseignements concernant 4 petits malades atteints d'ectopie testiculaire inguinale et qu'il a opérés pendant ces deux dernières années par le procédé de Lanz modifié.

Nous l'en remercions vivement.

Le premier de ces malades, O. Charles, âgé de 10 ans, entra à l'hôpital protestant de Bordeaux le 10 juillet 1908, pour une ectopie testiculaire double. Des deux côtés, le testicule était dans le trajet inguinal et pouvait être par des pressions abaissé jusqu'à l'anneau. Pas de hernie. L'état général bon.

Le 21 juillet, il est opéré. Les testicules sont abaissés suivant le procédé habituel, et après préparation des deux poches scrotales ils y sont logés et maintenus par des crins de Florence traversant le pôle inférieur du scrotum et reliés à des drains en caoutchouc qui sont fixés à un bracelet d'emplâtre adhésif de Vigier placé autour de la cuisse au-dessus du genou.

La guérison eut lieu sans incidents. Les crins tombent d'eux-mêmes le 11e et 12e jour, les testicules qui semblaient atrophiés au moment de l'opération sont assez volumineux, le gauche assez bas, le droit un peu plus haut dans le scrotum.

Trois mois plus tard l'enfant a été revu. Ses testicules avaient diminué de volume, et étaient à ce moment plus petits que les testicules d'un enfant de cet âge. Le droit semblait avoir remonté vers la base du scrotum, mais il était éloigné de l'orifice externe de deux travers de doigt. Il était libre et mobile.

Le gauche semblait à sa place normale.

Le second malade, M. André, âgé de 14 ans, est vu pour la première fois le 29 mars 1909 par M. le Professeur Denucé. Son enfance fut très maladive, broncho-pneumonies, bronchites fréquentes, amygdalites nombreuses, végétations adénoïdes enlevées il y a deux ans par le professeur Moure.

Depuis un mois il avait des accès de fièvre qui revenaient tous les soirs, présenta une éruption passagère, peut-être médicamenteuse. On trouva son testicule gauche juste au-dessus de l'anneau, assez gros, un peu douloureux et immédiatement en arrière de lui, on constata la présence d'une hernie interstitielle assez volumineuse. Bonne conformation des organes génitaux externes. Les organes abdominaux paraissent tous en bon état.

Les douleurs et les accès fébriles ayant disparu quelques jours après, le professeur Denucé l'opéra le 2 juillet 1909 par le même procédé. Le sac herniaire est ouvert ; les anses intestinales et l'épiploon étaient adhérents par plusieurs endroits. Les adhérences sont libérées, l'intestin et l'épiploon sont réduits, le sac séparé des parties voisines est lié très haut et excisé. Le testicule placé dans la poche scrotale préparée est fixé comme d'habitude : crin, drain, bracelet de leucoplaste. Suites normales ; le crin est tombé de lui-même le 13e jour. Le petit malade rentra chez lui le 17e jour. Le testicule peu volumineux au moment de l'opération, gonfla à la suite de celle-ci. Les premiers jours, il paraissait bien abaissé dans le scrotum, puis il sembla remonter et au moment de la sortie du malade, il semblait fixé à la partie supérieure du scrotum à moins d'un travers de doigt au-dessous de l'orifice inguinal. Deux mois plus tard le testicule avait diminué de nouveau et retrouvé son volume primitif au-dessous de la normale. Il était libre dans la poche scrotale, mais ne descendait guère que jusqu'au niveau de la partie moyenne du testicule droit.

Le troisième malade, G. Henri, atteint d'ectopie testiculaire double, était âgé de 8 ans. Il fut opéré en juillet 1908 par le Docteur Gourdon d'une luxation congénitale de la hanche droite. L'appareil fut définitivement enlevé en avril 1909. Ce fut au moment de cette opération que l'on reconnut l'existence d'une ectopie testiculaire double dont les parents ne s'étaient pas aperçus. L'enfant s'était bien plaint de fréquentes crises douloureuses qu'il qualifiait de douleurs de ventre, mais qu'il localisait assez nettement dans ses regions inguinales. De plus, il se développait mal.

M. le professeur Denucé le vit le 25 octobre 1909 pour la première fois.

A droite, le testicule pouvait être assez facilement amené jusqu'à l'anneau. A la palpation, il paraissait diminué de volume, il n'était nullement sensible à la pression.

A gauche, il n'était senti nulle part. En aucun point du trajet inguinal la pression n'amenait de la douleur. Il est opéré des deux côtés le 23 novembre 1909. Le testicule droit est trouvé près de l'anneau très atrophié. Il est abaissé sans difficulté après dissection de toutes les brides conjonctives du cordon. La poche scrotale est préparée comme d'usage et le testicule est fixé par un crin avec un drain en caoutchouc et bracelet de leucoplaste autour de la cuisse.

A gauche, en ouvrant le canal, on le trouve occupé dans toute sa

longueur par une hernie contenant une anse de l'intestin grêle. Le sac est ouvert, l'anse intestinale est réduite. Le sac est libéré des parties voisines, lié à sa base et excisé. Près du pédicule du sac, on trouve le testicule dont le volume est presque normal et en tout cas plus volumineux que celui du côté opposé. Mais l'abaissement de ce testicule rencontre de grandes difficultés. Malgré la dissection minutieuse des brides conjonctives unissant les divers éléments du cordon, on constate que les vaisseaux spermatiques constituent l'obstacle à la descente du testicule. Le canal déférent a toute la longueur voulue. Les vaisseaux spermatiques sont séparés des autres éléments du cordon et dégagés aussi haut que possible dans le tissu rétro-péritonéal. Peu à peu le testicule s'abaisse et finit par pouvoir être logé dans la poche scrotale préparée. Application du crin de caoutchouc et bracelet crural de leucoplaste comme ci-dessus. Guérison des deux côtés par première intention. Cependant après l'enlèvement des agrafes de Michel, on trouve qu'à gauche deux des agrafes ont amené des ulcérations de la peau et ces ulcérations ont suppuré secondairement pendant quinze jours.

Les crins sont tombés le 11e jour à gauche, le 14e à droite; le testicule droit est resté très petit ; pendant les premiers temps il paraissait fixé à la partie supérieure du scrotum, mais il s'est mobilisé assez rapidement. Au commencement de mai, on a pu constater qu'il occupait sa place normale. Le testicule gauche est devenu très gros; aussitôt après la chute du fil il a paru subir un mouvement de réascension. Il a semblé fixé pendant les premiers temps. Actuellement il est assez mobile, il a retrouvé son volume primitif, mais il est toujours un peu plus haut que le droit.

Le quatrième opéré était âgé de 13 ans. Il était atteint d'ectopie testiculaire gauche et de grosse hernie inguinale du même côté. Le testicule, légèrement atrophié, était fixé en dedans de l'orifice externe du canal inguinal. La hernie passait au-devant de lui et venait faire saillie dans l'anneau. L'opération n'offrit rien de particulier. La hernie fut traitée comme d'habitude; le testicule se laissa abaisser sans grandes difficultés. La fixation fut faite comme dans les observations précédentes.

Au bout de 21 jours, quand le malade partit, le testicule ayant son volume primitif occupait sa place normale dans le sac scrotal et paraissait assez mobile.

CONCLUSIONS

Du présent travail, nous pouvons conclure que la difficulté de la cure dans l'ectopie testiculaire inguinale, réside non pas tant dans l'abaissement du testicule que dans le choix des procédés destinés à éviter sa réascension.

En effet:

I. — Il a été essayé dans ce but nombre de procédés que nous avons passés en revue;

II. — Quoique la plupart d'entre eux soient bons, ils présentent tous des inconvénients;

III. — Le maintien du testicule par la traction élastique paraît un excellent procédé, mais, comme les autres, il n'est pas à l'abri de toute critique;

IV. — Dans ces dernières années, il paraît y avoir une tendance à l'étranger à traiter l'ectopie testiculaire par des procédés simples.

Vu, bon à imprimer:
Le Président de la Thèse,
M. DENUCÉ.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 Avril 1910.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANSCHUTZ. — Traitement de l'ectopie (Compte rendu du 38e Congrès de la Société allemande de chirurgie. Berlin 1909).

ANNANDALE.— *British medical journal* London 1900, sur le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire.

AUVRAY. — Congrès français de chirurgie, 1906.

BAUDET. — Traitement de l'ectopie testiculaire par le cerclage sustesticulaire Congrès français de chirurgie, Paris 1906).

BIDWEL. — Une nouvelle opération pour le traitement du testicule ectopique. *The Lancet*, 1893.

BECK. — *Medical Record*, 12 août 1905. Un nouveau procédé d'orchidopexie (Analysé in *Semaine Médicale*, 8 nov. 1905).

BERGER. — Société de chirurgie, 1892.

BÉVAN. — *Centralblatt für chirurgie*, 1904.

BOUSQUET. — Congrès français de chirurgie 1906.

BLAND SUTTON. — La valeur du testicule ectopique. *The practitionner*, janvier 1910.

COLEY. — Traitement du testicule ectopique associé à la hernie inguinale. *Annals of Surgery*, sept. 1908. Anal. in *Semaine Médicale*, 1909.

CHEVASSU. — Thèse de Paris 1905-1906. Tumeurs du testicule.

COUDRAY. — *Revue d'orthopédie*, 1902. Sur quelques points du traitement de l'ectopie testiculaire, ectopie abdominale en particulier. — L'orchidopexie. Société de médecine de Paris, 13 mars 1908.

DUCHÈNE. — Thèse de Paris 1889-1890. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire.

DEPAGE. — Congrès français de chirurgie, 1906.

DELAGENIÈRE. — Congrès français de chirurgie, 1906.

DELBET. — Traité de l'ectopie par la fixation pré-pubienne du testicule ; Congrès de chirurgie, 1906.

ESPINASSE. — De la valeur de l'extension élastique et de la funiculopexie dans le traitement de l'ectopie testiculaire. Th. de Bordeaux 1905-1906.

EXALTO. — Tijdschr woor Gencesk. 22 août 1908 (anal. in *Semaine médicale*, 1908).

FOTIADÈS. — Thèse de Paris 1900-1901. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale.

FROELICH. — Congrès français de chirurgie, 1906.

FELIZET. — Société de Chirurgie, 1891, 1893, 1901

GIRARD. — Congrès français de chirurgie, 1906.

GERSUNY. — *Wienner clinischen Wochenschrift*, 1905.

HERMES. — Congrès allemand de chirurgie 1904. Trait. chirurgical de la Cryptorchidie.

JALAGUIER. — Société de chirurgie Paris 1890.

JOHNSON. — Résultat d'une opération pour ectopie du testicule. Société de chirurgie de New-York, 15 octobre 1908.

KIRMISSON. — Société de Pédiatrie 1899 et Société de chirurgie 1907. Précis de chirurgie infantile.

KATZENSTEIN. — *Centralblatt für chirurgie*, 1903. Cryptorchidie. Compte rendu du 38e Congrès de la Société de chirurgie de Berlin, 1909.

KETTLEY. — Société médicale de Londres, 1894. *The Lancet*, 1905. Le traitement de l'Ectopie testiculaire.

LANZ. — *Centralblatt für chirurgie*, Leipzig 1905. Le testicule ectopique.

LE JOLY SENOVILLE. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, ses résultats, ses perfectionnements. (Thèse de Paris 1890-1891).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Société de chirurgie 1902.

LECÈNE et CHEVASSU. — L'adénome dans le testicule ectopique. *Revue de chirurgie*, 1907.

MALDÈS. — Du choix d'un procédé dans le traitement de l'ectopie testiculaire. Thèse de Montpellier 1906-1907.

MICHALLON. — Sur un procédé de cure radicale de l'ectopie inguinale avec hernie. Thèse de Lyon 1904-1905.

MAZEYRIE. — Du traitement de l'ectopie testiculaire simple. type mobile. Thèse de Paris 1899-1900.

MAUCLAIRE. — *Annales des organes génitaux urinaires*, sept. 1902.

MIGNON. — Société de chirurgie, 1900 et 1902.

MONOD. — Société de chirurgie, 1890, 1892, 1901.

NELATON et OMBREDANNE. — *Presse médicale*, 1897.

NICOLADONI. — *Wiener medical press*, 1895.

PELLETIER. — Ectopie testiculaire et son traitement. Th. de Bordeaux, 1893-1894.

PERROT. — Traitement de l'ectopie du testicule chez l'enfant. Th. de Paris, 1908-1909.

PEYROT et SOULIGOUX. — Congrès de chirurgie, 1902. — Traitement de l'ectopie testiculaire.

ROCHER. — Traitement chirurgical de l'ectopie inguinale (*Journal de médecine de Bordeaux*).

RICHELOT. — Société de chirurgie, Paris, 1890. — Sur le traitement de l'ectopie testiculaire. (*Union médicale*, 1890).

SPITZI. — Compte rendu du 38e Congrès allemand de chirurgie, Berlin, 1909.

STARR. — L'opération de l'ectopie testiculaire (*Annals of Surgery*, sept. 1908, anal. in *Semaine médicale*, 1909).

SEBILEAU. — Article : Ectopie testiculaire in traité de Le Dentu et Delbet.

SOULIGOUX. — Rapport au Congrès français de chirurgie, 1906, sur l'ectopie testiculaire et son traitement.

TEDENAT. — *Nouveau Montpellier médical*, 1897 (Ectopie inguinale du testicule, orchidopexie).

TUFFIER. — In Thèse Le Joly Senoville.

TAILHEFER. — Congrès français de chirurgie, 1906. Nouvelle

technique pour l'opération de l'ectopie testiculaire inguinale.

VILLEMIN. — Société de Pédiatrie, Paris, 1899. Sur un procédé propre d'orchidopexie.

VILLARD. — Rapport sur l'ectopie du testicule et ses complications. Congrès français de chirurgie, 1906.

VIDAL. — Congrès français de chirurgie, 1906.

WALTHER. — Société de Chirurgie, 1903, 1904. — Congrès français de chirurgie, 1906. Procédé de la cure de l'ectopie testiculaire. — Société de Chirurgie, 1907. Orchidopexie.

WOOD. — *The Lancet*, 1880.

WATSON-CHEYNE. — Le Traitement de l'ectopie testiculaire.

WITZEL. — *Münschner Medizinische Wochenschrift*, 1905.

WILLEMS. — Congrès français de chirurgie, 1906.